



## RANDOM DRUG TESTING CONSENT FORM

As an enrolled student in grades 6-12 with Dalton Public Schools, I understand that the use of illegal drugs, synthetic drugs and prescription drugs without a valid prescription creates a health and wellness concern for me and a safety concern for all students and district staff. In the interest of creating a safe learning environment, I hereby give my consent for Dalton Public Schools to conduct random drug tests as outlined in Board Policy JCABB – Student Drug Testing and Administrative Regulation JCABB-R(1). I understand that submission to random drug testing is a requirement for participation in “privileged activities,” defined as participation in interscholastic athletics, extracurricular activities and permitted parking on school campus. All prospective participants in such activities must complete this form and return it with the required signatures before the student will be permitted to try out or participate in any privileged activity.

I fully understand that as a participant in a privileged activity in Dalton Public Schools, I am subject to the Student Drug Testing program. A copy of the policy and regulation has been made available for review, and I have read and understand its terms and provisions. I agree to participate in the process and to the release of all drug screening results to the school district.

\_\_\_\_\_  
Student (Minor) Name (Print)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Student (Minor) Signature

I am the parent/guardian of \_\_\_\_\_. I understand that in order for my child to participate in any middle or high school privileged activity, he/she will be subject to the Student Drug Testing program implemented by Dalton Public Schools. A copy of the policy and regulation has been made available to me for review, and I have read and understand its terms and provisions. I agree for my child to participate in the process and for the results to be released to the school district.

\_\_\_\_\_  
Parent / Guardian Name (Print)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Parent / Guardian Signature



## PRUEBA DE DETECCIÓN DE DROGAS AL AZAR

Como estudiante inscrito en los grados 6 a 12 de las Escuelas Públicas de Dalton, comprendo que el uso de drogas ilegales, drogas sintéticas y medicamentos de prescripción sin una receta válida crean una preocupación de salud y bienestar para mí y una preocupación de seguridad para todos los alumnos y personal del distrito. En el interés de crear un ambiente de aprendizaje seguro, por la presente doy mi consentimiento a las Escuelas Públicas de Dalton para llevar a cabo pruebas de detección de drogas al azar como es detallado en la Póliza de la Mesa Directiva JCABB – Prueba de Detección de Drogas para Estudiantes y Regulación Administrativa JCABB-R(1). Comprendo que la sumisión a la prueba de detección de drogas al azar es un requisito para la participación en “actividades privilegiadas,” definidas como participación en atléticas interescolares, actividades extracurriculares, y permiso de estacionarse en la escuela. Todos los participantes prospectivos en tales actividades deben completar esta forma y devolverla con las firmas obligatorias antes que el estudiante sea permitido acudir a pruebas o participar en cualquier actividad privilegiada.

Comprendo completamente que como participante en una actividad privilegiada en las Escuelas Públicas de Dalton, estoy sujeto al programa de Prueba de Detección de Drogas para Estudiantes. Una copia de la póliza y la regulación está disponible para el repaso, y he leído y comprendo sus condiciones y provisiones. Estoy de acuerdo en participar en el proceso y en la divulgación de los resultados de las pruebas al distrito escolar.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante (Menor) (Letra de Molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante (Menor)

Soy el padre/tutor de \_\_\_\_\_. Comprendo que para que pueda participar mi hijo(a) en cualquier actividad privilegiada de la escuela secundaria o preparatoria, él/ella estará sujeto(a) al Programa de Prueba de Detección de Drogas realizado por las Escuelas Públicas de Dalton. Una copia de la póliza y de la regulación está disponible para mi repaso, y he leído y comprendo sus condiciones y provisiones. Estoy de acuerdo en que mi hijo(a) participe en el proceso y estoy de acuerdo con la divulgación de los resultados de las pruebas al distrito escolar.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre / Tutor (Letras de Molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor